

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

13

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alfred-Louis GONFROY

Né le 2 septembre 1912 à Bréhal (Manche)

LA TUBERCULOSE DES FEMMES CASTRÉES

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alfred-Louis GONFROY

Né le 2 septembre 1912 à Bréhal (Manche)

LA TUBERCULOSE
DES FEMMES CASTRÉES

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BERNARD Etienne, Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) Hydrologie.
BONNET..... Bactériologie.
BOULANGER.. Chimie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROUET..... Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.
CACHERA..... Pathologie médicale.
CORDIER..... Anatomie.
COSTE..... Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.). Physique.
DESOILLE.... Médecine légale.
DIGONNET.... Obstétrique.
DOGNON..... Physique.
FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
GALLIARD.... Parasitologie.
GARCIN..... Pathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.
GAYET..... Physiologie.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENAU... Pathologie médicale.
HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON.... Hygiène.
LACOMME.... Obstétrique.
LANTUÉJOL. Obstétrique.
LAVIER..... Parasitologie.
LELONG..... Pathologie médicale.
LEMAIRE.... Pathologie expérimentale.
LENAÏRE.... Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
MARCHAL... Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET... Pathologie médicale.
MOUQUIN.... Pathologie médicale.
PATEL..... Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SÉNÈQUE.... Pathologie chirurgicale.
SICARD..... Pathologie chirurgicale.
SOULIE..... Pathologie médicale.
SUREAU..... Obstétrique.
TURPIN..... Pathologie médicale.
WILMOTH... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) ...		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIÉDELIÈVRE...			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER
Professeur de Clinique de la Tuberculose

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152004_0055

LA TUBERCULOSE DES FEMMES CASTRÉES

I

Introduction.

Le problème des rapports de la tuberculose et de la castration n'est qu'un des aspects du problème, beaucoup plus général, des rapports des sécrétions ovariennes et de la tuberculose pulmonaire.

Il mérite d'être envisagé sous un double point de vue : clinique et thérapeutique.

Rappelons que cette question a été étudiée par Bergonié et Tissier, Delacamp et Kupfulé. Plus récemment, Huet et Sorel étudiaient en 1935, le rôle de la castration roëntgénienne temporaire au cours de la tuberculose et concluaient à l'intérêt de cette méthode. Avant eux, Buisson, en 1931, envisageait au II^e Congrès international de Radiologie le traitement de la tuberculose pulmonaire de la femme par la roëntgencastration ovarienne. Les conclusions étaient identiques à celles de Huet et Sorel.

Cependant, cette méthode qui semblait bénéficier de la faveur des physiothérapeutes ne trouva pas beaucoup de crédit auprès des phthisiologues. Cinq

ans après la dernière de ces deux communications elle est abandonnée d'une façon définitive.

Dans ce travail, qui résume vingt-deux observations recueillies au service des femmes de l'Hôpital-Sanatorium de Brévannes, nous tentons d'expliquer, en nous basant sur des faits cliniques constatés, pourquoi la castration chirurgicale ou radiothérapique ne peut avoir une action heureuse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire de la femme.

Nous sommes heureux d'exprimer ici notre gratitude au D^r Pierre Bourgeois, médecin-chef de l'Hôpital-Sanatorium de Brévannes, qui a bien voulu nous proposer ce sujet de thèse et mettre à notre disposition les documents nécessaires à sa rédaction.

II

Fonctions ovariennes et tuberculose pulmonaire.

Les divers épisodes de la vie génitale de la femme, qu'il s'agisse de la puberté, de la menstruation normale ou troublée, de la grossesse ou de la ménopause, ont en toutes circonstances une action malheureuse sur l'évolution de la tuberculose.

C'est au moment de la puberté qu'apparaissent souvent les primo-infections. Chez la femme tuberculeuse, chaque phase menstruelle, surtout s'il s'agit d'une femme dysménorrhéique, est marquée par un ensemble de troubles généraux (fièvre), génitaux (habituellement diminution de l'importance des règles), parfois même locaux (poussées congestives péri-focales avec hémoptysie), dont la réunion constitue la *poussée menstruelle* de la femme tuberculeuse.

La grossesse au cours des premiers mois, puis l'accouchement et le post-partum sont des causes classiques de poussées évolutives graves, voire mortelles.

Enfin, la ménopause elle-même est souvent à l'origine d'une flambée tuberculeuse avant que les lésions

pulmonaires évoluent vers la stabilisation relative qui est la marque de la tuberculose sénile.

Ainsi, dans tous ces cas, l'activité ovarienne, sous quelque forme qu'elle se manifeste, a toujours pour effet de conduire à une exagération du processus tuberculeux. Dans de pareilles conditions, il était apparemment logique de chercher à supprimer toute activité ovarienne, non par une ovariectomie chirurgicale, nécessairement traumatisante, mais plutôt par l'action douce, prolongée et facilement dosable de la roëntgenthérapie.

Cependant, l'étude des aménorrhées chez les tuberculeuses devait nous faire prévoir l'échec à peu près certain de cette méthode.

III

Les aménorrhées des tuberculeuses.

Les troubles de la menstruation, nous l'avons noté, sont fréquents chez les femmes tuberculeuses. Il est des cas où la diminution des règles, habituellement constatée, est si marquée, qu'elle va jusqu'à l'aménorrhée totale.

Or, ces aménorrhées se présentent selon deux types cliniques totalement différents.

Dans certains cas, les plus heureux, mais aussi les plus rares, la disparition des règles, progressive ou brutale, ne s'accompagne d'aucun malaise, d'aucune réaction générale, d'aucune accentuation des phénomènes pulmonaires. Dans ces cas, la disparition de la menstruation réalise au contraire un état de stabilité physiologique, beaucoup plus favorable que tout autre à la stabilisation des lésions pulmonaires. Il s'agit dans ces cas d'*aménorrhée passive*.

Mais, dans la plupart des cas, on se trouve en présence d'une *aménorrhée active*. Les règles ont disparu, mais les troubles causés habituellement par la menstruation persistent ou se sont même exagérés. La manifestation la plus fréquente dans ces cas est l'élé-

vation thermique marquée, qui correspond à la durée habituelle des règles. En même temps, ce sont des bouffées de chaleur, des nausées, des points douloureux thoraciques sans modifications de la respiration à ce niveau, souvent apparaissent les classiques hémoptysies supplémentaires des règles.

. A l'opposé des aménorrhées passives, ces aménorrhées actives constituent un redoutable facteur d'aggravation de la tuberculose pulmonaire. Ces aménorrhées actives sont d'autant plus redoutables qu'elles échappent habituellement à toute action thérapeutique. Les divers traitements hormonaux, et particulièrement les injections de folliculine, peuvent agir sur les dysménorrhées douloureuses et fébriles des tuberculeuses ; ils sont habituellement impuissants à réduire les aménorrhées actives.

Si, à la lumière de ces notions, et en nous limitant au domaine clinique, nous envisageons les résultats de la castration chez les femmes non tuberculeuses, nous sommes amenés à constater que la disparition de la menstruation, par la chirurgie ou par les rayons X, a pour effet de créer habituellement une aménorrhée active. La castration ne supprime ni les bouffées de chaleur, ni tout cet ensemble de troubles vagosympathiques qui, dans le domaine physiologique, sont les signes habituels de la ménopause. Au contraire, elle les fait apparaître ou les exagère lorsqu'ils existaient avant l'intervention thérapeutique.

Dans de pareilles conditions, il y a donc tout lieu

de croire que l'intervention chez les femmes tuberculeuses, en créant artificiellement un état d'aménorrhée active, ira diamétralement à l'opposé du but qu'elle se proposait.

Ce but ne serait atteint que si la tuberculose survenait chez une femme antérieurement castrée et depuis un temps suffisant pour la mener à un état d'aménorrhée passive.

C'est en effet ce que prouvent nos observations cliniques.

Etude clinique.

Nous avons pu recueillir 25 observations d'association de tuberculose pulmonaire et de castration.

Dans 3 cas, la castration a été réalisée chez des femmes antérieurement tuberculeuses.

Dans 22 cas, il s'agit de femmes castrées devenues ultérieurement tuberculeuses.

a) Castration chez des femmes antérieurement tuberculeuses.

Voici nos 3 observations :

OBSERVATION I

Mlle L., 54 ans.

En 1912, à l'âge de 32 ans, a été atteinte d'un mal de Pott.

En 1925, à l'âge de 44 ans, intervention chirurgicale pour kyste de l'ovaire.

En 1928, hémoptysie. L'examen des crachats révèle la présence de B. K.

En 1929, son état général s'aggrave, elle consulte à Tenon, qui l'envoie à Brevannes.

Pendant son séjour à Brévannes, elle a eu de nombreuses crises d'asthme. Elle fait une congestion pulmonaire en février 1935, la bacilloscopie est négative.

Elle quitte le Service en mai 1935.

Elle est à nouveau hospitalisée en janvier 1936. A son entrée, l'examen radiologique montre un thorax clair.

Après six mois de séjour, elle est transférée dans un Service de chroniques à Ivry.

OBSERVATION II

Mlle D...

Mère, père, un frère morts de tuberculose.

En 1928, apparition d'une tuberculose du coude droit.

En 1929, signes d'imprégnation tuberculeuse (température à 38°).

En 1930, péritonite tuberculeuse ascitique, opérée à Bon-Secours (on retire 7 litres de liquide).

En 1931, pleurésie droite, non ponctionnée, puis apparition d'une coxalgie droite.

En décembre 1931, intervention pour appendicite tuberculeuse.

En 1934, hystérectomie pour annexite tuberculeuse. Depuis, la malade se plaint de fortes bouffées de chaleur.

Hospitalisée dans le Service en août 1935, elle présente une tuberculose péritonéale à forme ulcéro-caséuse en évolution.

OBSERVATION III

Mme B...

En 1931, signes d'imprégnation tuberculeuse. Expectoration bacillifère. On institue un pneumothorax.

En 1933, à la suite de ménorragies importantes, application du radium. Depuis, les règles ont disparu. Pendant cette période, l'état pulmonaire était satisfaisant.

En juin 1934 et en août 1934, elle fait deux hémoptysies assez abondantes. Elle maigrit à nouveau.

Elle entre dans le Service en mai 1935. L'examen radiologique montre : à droite, une infiltration nodulaire ; à gauche, une rétraction de l'hémithorax, une attraction de la trachée, une infiltration nodulaire dense.

La bacilloscopie est positive.

La malade quitte le Service sur sa demande en octobre 1935. Son état général est mauvais.

La première de ces malades était atteinte de tuberculose osseuse avant la castration, elle a fait une atteinte pulmonaire trois ans après.

Les deux autres, l'une castrée par hystérectomie, l'autre par application de radium, ont donc présenté des aggravations nettes de leurs lésions pulmonaires.

Il nous semble donc que le bouleversement causé par ces ménopauses artificielles est plus grave et com-

porte un pronostic plus réservé que celui de la ménopause naturelle chez les tuberculeux.

Certes, nous n'avons à notre disposition que trois observations et nous nous trouvons en désaccord avec Huet et Sobel, Buisson et, à une époque plus lointaine, avec Bergonié et Tissier, Delacamp et Kupfulé, qui, tous, préconisent la castration par radiothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire. Nous devons néanmoins constater que cette méthode thérapeutique n'a pas obtenu de crédit auprès des phthisiologues.

b) Tuberculose chez les femmes antérieurement castrées.

Sur nos 22 observations, 3 malades ont été atteintes de tuberculose pulmonaire quelques mois après la castration.

OBSERVATION I

Mme P...

Réglée à l'âge de 10 ans ; règles régulières et normales.

Cette malade a eu une pleurésie sèche en 1927.

Hystérectomie en septembre 1934 pour fibrome. La malade était âgée de 40 ans. Depuis, bouffées de chaleur.

Quinze jours après l'opération, hémoptysie : baciloscopie négative.

En novembre 1934, elle consulte à Laennec. L'examen de ses crachats est alors positif. Depuis, on ne

retrouve pas de B. K., soit à l'examen direct, soit par homogénéisation.

Laennec l'envoie à Brévannes en février 1935.

A son entrée, l'examen radiologique montre un léger voile du sommet droit.

Après un séjour de trois mois, la malade sort. Son état général est satisfaisant.

OBSERVATION II

Mlle G...

Règles normales depuis l'âge de 15 ans. Cette malade a eu un enfant mort-né.

En 1933, ovariectomie pour kyste. Depuis, bouffées de chaleur.

Depuis octobre 1934, tousses.

Elle fait une laryngite en avril 1935, et consulte en mai 1935.

L'examen radiologique révèle des lésions bilatérales. La bacilloscopie est positive.

En octobre 1935, à son entrée dans le Service, nous constatons à la radio : une lobite supérieure droite excavée avec scissurite, un sommet gauche gris, avec caverne au 1/3 moyen.

Cette malade est apyrétique.

OBSERVATION III

Mme A...

Mère morte tuberculeuse.

En 1931, à l'âge de 31 ans, hystérectomie pour salpingite.

Depuis, présente des bouffées de chaleur.

Neuf mois après l'intervention, toux, point de côté, léger amaigrissement.

En 1933, ayant maigri de 10 kgr. elle consulte à La Charité, qui l'envoie à Brévannes.

Hospitalisée dans le Service en août 1934, elle présente une lobite droite très fibreuse, excavée, et une image spongieuse à gauche.

La bacilloscopie est positive. Température entre 37°2 et 38°6.

Cette malade sort après un an de séjour.

Dans ces trois cas, nous nous sommes trouvés en face de tuberculoses ulcéro-caséuses évolutives et chez l'une d'elles, après 14 ans de sanatorium, les lésions ne sont pas encore stabilisées.

Dans les 19 autres cas, la tuberculose s'est déclenchée assez longtemps après la castration.

Dans presque tous les cas, nous avons eu à faire à des tuberculoses légères à évolution discrète ou abortive ou bien à des cas de tuberculose atteignant électivement les séreuses (5 cas) évoluant vers la guérison ou enfin à des tuberculeuses fibreuses chroniques, mais peu extensives et très rapidement stabilisées (6 cas).

Sur ces 19 malades, nous n'avons eu à déplorer que trois décès, ce qui est une proportion relativement plus basse que celle observée habituellement à

Brévannes. Encore faut-il noter que l'un de ces décès est dû à l'évolution d'une maladie d'Addison.

En résumé, dans tous les cas où la castration précède de plusieurs années le développement de la tuberculose pulmonaire, celle-ci a une évolution nettement atténuée. Dans ce cas, en effet, l'équilibre hormonal, troublé par la castration, a eu le temps de se rétablir avant qu'apparaisse la tuberculose. Ces malades se trouvent en état d'aménorrhée passive qui est l'état physiologique le plus favorable à la guérison de la tuberculose.

Au contraire, quand la malade est déjà atteinte de tuberculose, la castration même progressive au moyen des rayons X nous apparaît comme une méthode dangereuse parce qu'elle agit brutalement et ne fait que substituer, aux troubles physiologiques liés à la menstruation, une aménorrhée active dont le développement détermine des troubles infiniment plus graves que la menstruation normale.

Considérations thérapeutiques.

Nos conclusions thérapeutiques seront strictement négatives.

La suppression des fonctions ovariennes, qu'elle soit chirurgicale ou physiothérapique, entraîne une série de troubles graves préjudiciables à l'évolution de la tuberculose. Elle réalise en un mot une aménorrhée active dont nous avons dit la gravité.

La castration sera favorable à l'évolution de la tuberculose lorsqu'elle aura précédé longtemps à l'avance l'apparition de celle-ci et lorsque le déséquilibre hormonal qu'entraîne l'intervention aura été neutralisé. Il ne nous est pas possible de créer de pareilles conditions au cours du traitement d'une femme tuberculeuse.

Si, au contraire, le hasard fait que nous nous trouvions en présence d'une femme tuberculeuse récemment castrée, nous devons la traiter de façon à transformer le plus vite possible son aménorrhée active en aménorrhée passive.

Le traitement hormonal général mis en œuvre ne différera pas de celui prescrit en pareil cas à une femme non tuberculeuse.

Conclusions.

1^o La castration, par quelque procédé que ce soit, entraîne chez la femme tuberculeuse antérieurement une recrudescence de l'infection bacillaire ;

2^o Cette aggravation, liée au brusque déséquilibre hormonal dû à la castration, fait que cette intervention doit être proscrite comme procédé de traitement de la tuberculose ;

3^o Au contraire, la tuberculose qui se développe chez une femme castrée plusieurs années auparavant stabilisée au point de vue endocrinien, présente habituellement une évolution discrète et abortive.

Vu : le Président de la thèse,
M. TROISIÈRE.

Vu : le Doyen :
L'assesseur,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BOURGEOIS (P.). —

BUISSON. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire de la femme par la roëntgencastration ovarienne. *II^e Congrès intern. de Radiologie*, 24-31 juillet 1931.

BURNAND (R.). — La poussée cachectisante de la cinquantaine chez les tuberculeux fibreux ou chroniques. *Ann. de Méd.*, oct. 1928.

BUSONY. — Pubertät, Gravidität, Climax und Tuberkulose. *Zent. für Tub.*, Bd XXIII, S. 269.

COURCOUX (A.) et LABESSE (P.). — Fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile. *Revue de la Tuberculose*, 1921, n^o 3.

FRANK. — Tuberkulose erkrankung und weiblicher Organism. *Med. Klin. Berlin*, 1920, t. XVI, p. 1073.

GALUP. — Le retentissement des affections des voies respiratoires inf. sur l'appareil génital de la femme. *Fahrester üb Geb. u. Gyn.*, 1914, S. 84.

GRANZOW. — Die Wechselbeziehungen zwischen der Tuberkuloseerkrankung und den Generationsvorgängen im weiblichen Organismus. Berlin, 1920.

GUILLEMIN. — De la castration ovarienne radiothérapique pour certaines formes de tuberculose pulmonaire. *Revue médicale de la Suisse romande*, n^o 7, juillet 1919.

HUET et SOREL. — Castration roëntgénienne temporaire au cours de la tuberculose. *Soc. de Radiol. de France*, n^{os} 216-219, 1935.

HURVER. — *Arch. f. Gynnaæk*, 1928, n^{os} 133-424.

KISCH. — La vida sexual en la mujer. *Edic. Esp. Madrid*, 1915.

LABESSE (P.). — La tuberculose pulmonaire sénile. Thèse Paris, 1921.

MARANON. — Age critique. Alcan, 1934.

MAZER et GOLDSTEIN. — Clinical Endocrinologie of the Female. Philadelphie, 1932.

POMMIER. — La tuberculose chez la femme. Thèse Paris, 1919.

RIVOIRE. — Acquisitions nouvelles de l'endocrinologie. Masson, 1935.

VIOLET. — Etude clinique de l'insuffisance ovarienne. *III^e Congrès français de Gynécologie*.

ZONDECK. — *Klin. Woch.*, 1930, 9, p. 393 ; *Zeitsch. Gebürth.*, 1929, 82, p. 559